

# ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DEGLI AVVOCATI

## QUESTIONARIO

### INFORMAZIONI SUL CONTRAENTE

- Nome e Cognome o Ragione Sociale del contraente: \_\_\_\_\_
- Indirizzo, CAP, Città: \_\_\_\_\_
- Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- Partita IVA: \_\_\_\_\_
- Data di iscrizione all'albo o di avvio dell'attività: \_\_\_\_\_

- In caso di Studio Associato o Società, si indichino i Professionisti, iscritti all'Albo, con incarichi direttivi: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome	Albo professionale	Anno di iscrizione all'albo

- Si indichino i consulenti, collaboratori, professionisti da includere in garanzia per l'attività professionale da loro svolta autonomamente rispetto al contraente: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome	Albo professionale	Partita IVA

- Si indichino gli introiti lordi (al netto dell'IVA) contabilizzati complessivamente dagli assicurandi di cui ai punti 1. 6. e 7. nei precedenti anni fiscali, ed una previsione per l'anno in corso: \_\_\_\_\_

Anno	Introiti (in €)
2026(stima)	
2025	
2024	
2023	

- Si indichi la suddivisione degli introiti complessivi dell'ultimo anno fiscale tra le attività di seguito riportate: \_\_\_\_\_

Attività	Introiti (in %)
Attività ordinaria	
Consigliere d'Amministrazione/Membro dell'OdV di Società	
Sindaco/Revisore di Società/Enti	
Insolvenze, Liquidazioni, Curatele	
Gestione delle crisi da sovraindebitamento	

## INFORMAZIONI SU SINISTRI, CIRCOSTANZE E ASSICURAZIONI PRECEDENTI

10. Il contraente ha in scadenza una copertura per gli stessi rischi? Se sì, si indichino le condizioni dell'ultima polizza:

Si       No

Compagnia:

Data di scadenza:

Massimale:

Franchigia:

Retroattività:

Premio:

---

---

---

---

---

---

11. E' mai stata rifiutata o cancellata una copertura di questo tipo? Se sì, si forniscano dettagli:

Si       No

12. E' stata presentata, negli ultimi 5 anni, a un assicurando o a qualsiasi dei suoi collaboratori presenti o passati alcuna richiesta di risarcimento per negligenze, errori od omissioni? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Si       No

Data della richiesta di risarcimento:

---

Data del presunto danno:

---

Descrizione dell'evento:

---

Importo della richiesta di risarcimento:

---

Stato attuale della vertenza:

---

Importi liquidati o riservati dai precedenti assicuratori:

---

13. Gli assicurandi sono a conoscenza di circostanze, dichiarazioni o accadimenti che possano dar luogo a richieste di risarcimento? Se sì, si forniscano tutti i dettagli richiesti:

Si       No

Data della circostanza:

---

Descrizione della circostanza:

---

## INFORMAZIONI SULLA COPERTURA RICHIESTA

14. Si indichi, tra le seguenti, l'opzione di massimale richiesta:

<input type="checkbox"/> € 350.000	<input type="checkbox"/> € 500.000	<input type="checkbox"/> € 1.000.000	<input type="checkbox"/> € 1.500.000
<input type="checkbox"/> € 2.000.000	<input type="checkbox"/> € 2.500.000	<input type="checkbox"/> € 3.000.000	<input type="checkbox"/> € 5.000.000

15. Quali estensioni di copertura si richiedono?

- Attività di Consigliere d'Amministrazione, Sindaco, Revisore, Membro dell'OdV di Società/Enti
- Insolvenze/Liquidazioni/Curatele
- Attività di gestore delle crisi da sovraindebitamento
- Responsabile Protezione Dati (DPO) esterno

## DICHIARAZIONI

Il Sottoscritto dichiara:

- di essere autorizzato a completare il questionario per conto di tutte le parti coperte dall'assicurazione a cui lo stesso si riferisce;
- che tutto quanto riportato nel questionario corrisponde a verità e che non sono state esposte in maniera inesatta o nascoste evidenze materiali;
- di impegnarsi ad informare i sottoscrittori circa ogni alterazione ai fatti intervenuta prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione;
- di prendere atto che l'invio del questionario al Coverholder non determina l'attivazione delle garanzie nei confronti degli assicurati; di prendere atto che l'invio del questionario al Coverholder non determina l'attivazione delle garanzie nei confronti degli assicurati;
- Il Sottoscritto(i) dichiara di aver ricevuto e preso visione del set informativo come previsto dal Regolamento IVASS n° 40 del 02 agosto 2018, dell'informativa pre-contrattuale, sugli obblighi degli Intermediari e sulla Privacy, sottoscrive pertanto il proprio consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016);
- il proprio consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico nella fase precontrattuale, contrattuale, in corso di rapporto e per future comunicazioni.

---

Data

Firma

Il Sottoscritto, ai sensi degli Artt. 1322, 1341 e 1469bis e ss. C.C., dichiara di essere consapevole e di accettare che il presente questionario è relativo ad una polizza di responsabilità civile nella forma "claims made". Ciò significa che la polizza copre le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato durante il periodo di assicurazione e gli eventi dei quali l'assicurato venga a conoscenza durante il periodo di assicurazione, a condizione che gli assicuratori siano tempestivamente informati delle circostanze relative a tali eventi. Dopo la scadenza della polizza, salvo il caso in cui sia stato concordato un periodo di garanzia postuma, nessun reclamo potrà essere avanzato a termini della polizza stessa, anche se l'evento che ha originato la richiesta di risarcimento si sia verificato durante il periodo di assicurazione.

---

Data

Firma